

研究報告

選択性緘黙児への作業療法介入
—言語聴覚士と保育士との協業に基づいて
Occupational Therapy intervention for Selective Mutism
—Based on the co-operation with the Speech Therapist
and the Nursery Teacher

山田 恭子

Takako YAMADA

平岩 明美

Akemi HIRAIWA

阪野 圭美

Tamami BANNO

抄 録

選択性緘黙と摂食障害を呈した女兒に、保育士を中心とした専門的な療育と共に作業療法介入および、作業療法士・言語聴覚士による摂食・食事指導を提供したところ、女兒の社会的なかわりは向上し食行動の改善が認められた。介入は、以下の5点を念頭に行われた。1.ADLに関しては、断固として自立へむけてのステップアップの積み重ねの実践、2.対象児の自尊心を刺激した対応を取る、3.ある程度の自信がついてからは、「あなたはこれやれるでしょ」と、あえて突き放した対応をとる、4.喋らそうと試みない、5.視線を浴びせない、であった。これら5項目が症例への関わり方のキーポイントと振り返ることができた。

キーワード ■ 選択性緘黙児, 協業, 摂食・食事指導

<はじめに>

この度、選択性緘黙と摂食障害を呈した女兒に、年少から年長まで地域の療育施設での3年間、専門的な療育と共に作業療法（以下OT）介入および、作業療法士（以下OTR）・言語聴覚士（以下RST）による摂食・食事指導を提供したところ、女兒の社会的なかわりは向上

し食行動の改善が認められた経験をした。そこで今回、介入過程を振り返ることにより、どのような介入が効果的であったかを、介入結果を詳細にまとめていき、OT および摂食指導がこの女兒の発達に及ぼした影響を検証することを目的とする。

選択性緘黙は、DSM-5 によると、

A. 他の状況で話しているにもかかわらず、話すことが期待されている特定の社会的状況（例：学校）において、話すことが一貫してできない。

B. その障害が、学業上、職業上の成績、または対人的コミュニケーションを妨げている。

C. その障害の持続時間は、少なくとも1か月である。

D. 話すことができないことは、その社会的状況で要求されている話し言葉の知識、または話すことに関する楽しさが不足していることによるものではない。

E. その障害はコミュニケーション症ではうまく説明されず、また自閉スペクトラム症、統合失調症、または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない。

とされている。カプラン臨床精神医学テキストによると¹⁾、「流暢に話すことができる子どもが、学校などの社会的場面において、全く、あるいはほとんど話せなくなる小児期特有の状態である。緘黙の子どもはほとんどはストレス下では全く無言であるが、ささやいたり一音節の単語を発する子もいる。特定の社会状況において発現するため、社会恐怖の一形態と考えられる。疫学的には1万人あたり50人であるとされ年長児よりも年少時に多くみられ、男児よりも女兒に多い」と記されている。さらに治療法について、「個人療法的、認知行動療法的、行動療法的、家族療法的介入による取り組みが有用であろう」とされる。

学術的背景としては、選択性緘黙の文献や研究発表は自閉症スペクトラムや脳性麻痺のそれらに比べて非常に少ない。過去の研究を振り返ると、医療的な総論および臨床医の経験的知見を著したものは散見される。国内のメディカルオンラインによると、小児科医精神科医による介入、心理専門家による行動療法的介入、そして学校教員による介入がわずかに報告されている。OTR による研究は、2つあった。

医学的な総論では、定義を再確認して、自身の臨床での実践を述べたものが多い中²⁻⁸⁾、渡部⁹⁾らは、大井¹⁰⁾、荒木¹¹⁾による緘黙症の分類をもとに自身の臨床ケースを振り返っている。大井分類では、Type I（社会化欲求型）、Type II（社会化意欲薄弱型）、Type III（社会化拒否型）に分けられ、荒木分類では第I群（積極的依存型）、第II群（消極的依存型）、第III群（分裂気質型）にわけられている。さらに渡部は、大井のType II（社会化意欲薄弱型）と荒木の第II群（消極的依存型）は、自閉症スペクトラムと近似した特徴を持っていることを指摘し、同じ選択性緘黙症でもその背景を不安と緊張ととらえるか、自閉症スペクトラムととらえるかによって、アプローチが違ってくるとしている。笠原¹²⁾は選択性緘黙児と自閉症スペクトラムの関係について論じていた。そして小児科医精神科医による介入¹³⁻¹⁷⁾は、薬物療法以外には心理療法（心理面接を含む）を主な治療手段としていた。心理専門家による介入¹⁸⁻²¹⁾

では行動療法、刺激フェーディング法、現実的脱感作法などが報告されていた。学校教育の現場からは、コミュニケーションカードを用いた介入報告があった²²⁾。OTRが介入した研究は、論文1本学会報告1本のみであった。枝並²³⁾は選択性緘黙のある学童に「意味ある作業」に着目した作業療法介入を行った。日本作業療法士協会が開発した生活行為向上マネジメント(MTDLP)を使い、これはADLや趣味活動、仕事など生活に必要なあらゆる要素を分析し、当事者の持つ力を最大限引き出し、「意味のある作業」に焦点を当てる介入を行っている。山本²⁴⁾は交換ノートを導入し発語を促さないで作業の場を共有した成人の場面緘黙症状を有する症例への報告を行っている。

選択性緘黙の症例は作業療法の臨床場面で遭遇する機会が稀であることもあり、研究報告の少なさに戸惑いを覚えながら、私たちはRSTと摂食・食事指導を含めた療育を提供し始めた。そのため、今回は選択性緘黙と摂食障害を呈した児に対するOTR・RSTによる支援をまとめることにより、今後の臨床場面においての一助となるよう介入について検証したい。

この研究は保護者の了解を取り、佛教大学の倫理審査にも通っている（承認番号27-54）。

＜方法＞

当該療育施設は、定員40名で5クラス編成の知的障害療育施設である。非常勤OTRおよび非常勤RSTが各々5回/月の頻度で関わっている。OTRおよびRSTの個人介入は1回40分で行っており、適宜クラス指導の名目で療育にも関わっている。療育中の介入した期間（平成x年4月～平成x+3年3月）の施設の記録および、担任保育士と保護者が毎日記入する連絡帳より、子どもの状態像やOT介入、OTRとRSTによる食事指導介入、保育士の療育介入の目的やその実際、を言語化していき、後方視的に解析した。

＜症例＞

対象児は当初、広汎性発達障害・摂食障害と診断され、療育手帳C判定を受けている介入当初3歳の女児Aである。

家族：父（+38歳）母（+36歳）、症例Aとの3人家族。

父は会社員、母は専業主婦（育休取得後正社員として働くが、Aが知的障害療育施設に入園するにあたり退職）

隣に父方の祖母が住みAの泣き声が聞こえると祖母はすぐにA宅に駆け付け、母は祖母に見張られている感じをずっと持っている。そのためAは母に叱責されたり、自分に不都合な状況に陥るとわざと大きな声で泣き叫び、母親を自分の思い通りに動かす状況がある。

出生時の状況：安産、出生時体重3134g

成育歴：離乳6か月。全般的な発達の遅れはあったものの家庭では家族との会話は有し、コミュニケーションもとれていることから家族は心配していなかった。運動発達は定型発達よりもすべての項目について遅めに推移し、独歩は1歳10か月であった。

合併症：聴力障害、視力障害はなし。痙攣大発作生後3か月から年に1-2回あり。痙攣は風邪をひくと起きやすい。手足がつっぱり、目が上に上がる。がくがくする。呼吸が1-2分とまり、口唇が紫になる。3か月時てんかんと診断される。2歳9か月時ミルク以外口にしないことを医師に相談。4歳時に広汎性発達障害と診断される。

保護者のニーズ：ミルク以外摂取しないので、いろいろな食事ができるようになってほしい。

<年少入園時当初3歳6か月時の評価>

粗大巧緻運動：独歩1歳10か月。入園時点では全体的に稚拙な動き。階段昇降ぎごちない。手で操作する活動は殆ど行わない。

食事：哺乳瓶でミルクを飲むのみ。哺乳瓶を自分で持とうとしない。他者に依存。自分では手を添えるだけ。1回に170-260mlを1日6回摂取する。特定のメーカーのミルク以外摂取しない。食事は家庭でも療育園でも固形物の摂取はしない。口中に食物を入れると、怒り顔を横に向ける。6か月頃重湯摂取で離乳食開始した。1週間ぐらいは口にしていたが、徐々に嫌がる。無理に口に入れようとしたら拒否する。間食なし。またコップ・スプーンの使用も不可。

他のADL：排泄コントロール未、衣服着脱は着せられると袖から出を出す。パンツの上げ下ろしは不可。洗面は嫌がり拭いてもらう。多くを他者に依存。夜尿夜泣きあり。

他者とのかわり：家族間でのやりとりができる。新規場面での拒否感抵抗感は強く、泣くことですべての関わりを自ら拒否する。また、遊びへの誘導には身体をこわばらせて応じない。あるいは母が傍らにいと母のもとから離れようとしない。

発語：療育園では頻度は少ないもののクラス担任の保育士に対しては3語いえ、2語文を話すことができたが、それ以外の職員に対しては全く発語なし。日を追うごとに喋らなくなり、担任に対しても全く発語はなくなる。しかし家庭ではよく話す。母親が動画を撮ってセラピストにみせる。両親は家庭では喋ることから園で緘黙状態であることを症例の問題とはとらえていない。その後、年中4月では単語3語のみ、年長4月では一切発信がなくなった。

遠城寺式・乳幼児分析的発達検査：移動2歳3か月、手の運動1歳、基本的習慣1歳4か月、対人関係1歳2か月、発語1歳6か月、言語理解1歳6か月

新版K式：P-A1歳8か月（43）C-A 1歳8か月（44）L-S1歳11か月（51）全体1歳9か月（46）

LDTR：I

JSIR：前庭感覚 28 (黄)，触覚 52 (赤)，固有受容覚 11 (黄)，聴覚 11 (黄)，視覚 23 (赤)，嗅覚 5 (黄)，味覚 4 (緑)，その他 24 (赤)，総合点 158 (赤)

< OT 介入 >

便宜上 4 期に分けた (表 1)。

3 年間で個別介入は 14 回。

1 期：当初 2 回は母子同室で児が母親にまわりついて活動が殆どできない。観察から感覚過敏を有していることが推測できる。動きは緩慢で全体的にぎこちなく、低緊張である。OT 室では泣くことにより、関わりを拒否表明する。

2 期：3 回目～6 回目は母子分離で実施。OTR が安心できる存在と児が確認できてからは活動ができるようになってきた。まだ主体的に動けない。

3 期：7 回目以降、母子同室で OT 実施する。母が同室でも母に依存することはない。母がいなくても、すぐに泣いて活動が不可能な状態に陥るために、児が泣かないように刺激しないように児の様子をうかがいながら活動を提供する状態が続いた。

表 1 作業療法介入および摂食・食事指導のまとめ

時期	1 期	2 期	3 期	4 期
	(年少上半期)	(年少下半期～ 年中上半期)	(年中下半期)	(年長)
	1,2 回目	3-6 回目	7-9 回目	10-14 回目
作業療法介入の様子	母親と同室で OT 実施。奇声を発して母親の傍に寄り、母親に手を取ってもらおうと何らかの活動 (平均台上歩行、風船のそばに行くなど) にはできるが、新たな活動展開を誘うと泣き続ける。	母親と分離で OT 実施：OTR が安心できる存在と、児が確認できてから活動ができるようになってきたが、依然主体的ではない。OTR が誘導すればする。身体 の同時収縮が弱く、また揺れに抗する力も弱いため、さまざまな遊具を使って楽しめない。	母親が同室で OT 実施：母が同室でも母に依存することはない。が、OT が意図する活動には、児の気分次第ですぐに泣いて活動遂行が不可能な状態になるため、児が泣かないよう、刺激しないよう様子をうかがいながらの活動設定	母親が同室で OT 実施：OT は場面設定はするけど、あえて誘わない。OT はこれが楽しいからするわ、あなたもしたければどうぞ、といった関わりで接すると、どんどん活動が広がる。決して発声しないが、口パクで言いたいことを伝える。
食事介入	入園時は哺乳瓶でのミルク摂取のみであったが、園でスプーンからの摂取を試みる。	家でスプーン上のおかゆ数粒から摂取可能。徐々に園でも全ての主食副食を少量ずつ摂取可能	基本拒否しているが、徐々に食事量が増える。口周辺の探索の未経験と口腔内過敏が著明。児自ら「哺乳瓶をやめたい」といった。	児自らミルク卒業を家庭で宣言。他者の視線があると食事を中断する。衝立の中では自らスプーン操作による食事摂取が可能
保育士とのセラピスト関係	対象児も、保育士もセラピストも様子見の段階	対象児は、各場面で保育士にもセラピストにも安心感を感じ、要求されたことは何とかこなす段階 (受動的に経験を積み重ねる段階)	対象児は、各場面でも安心感を感じながらも、保育士・セラピストが、児の様子を窺いながら、児が崩れないような接し方をしていることで、気分によって感情を表出し、しばしば活動が中断する段階。	OT・ST は「見て見ぬふり対応」 保育士は「お姉さんだもんね、〇〇ぐらいできるよね」と、児の自尊心を褒めながら、視線を児にはあびせていないよとの態度を取り、活動を引き出した段階

4期：3期までのAは、積極的な介入や誘導は慣れるどころかますます頑なになっていった。「～しよう！」「やろう！」と誘っては固まり、言葉に出さなくても「させよう」とする働きかけでもAにとっては耐え難いようであった。Aは、向けられる視線や体の向き（正面）さえも積極的な働きかけに感じているようだった。そのため、9回目以降は、OTRからの積極的な誘導はせずに、「OTRはあなたに〇〇してほしいと思ってるけど、勧めないわ。あなたがしたいならどうぞ」と活動を設定するだけよという態度を表明して活動を進めていったところ、児にはそれが心地よかったようで活動はスムーズに進んでいった。

＜摂食・食事介入＞

1期：入園当初よりスタッフから固形物を食べさせようとのアドバイスで入園2か月後から、家庭内ではおかゆと豆腐は摂取するようになったが、ミルク摂取量は変わらず、園では固形物を拒否している状態が続いた。全介助。

2期3期：園では、依然拒否状態であるが、1回量がスプーンの先少量を介助により摂取可能。療育園の食事を口にしたこの出来事が、本児が変化し始めたきっかけとなったキーポイントと位置付ける。食器を眼前から取り除き、本児の前にスプーン一本それも先にほんの少しの食物を付けたものだけを置いた。それまで食べる事に対して頑なな症例Aの態度が初めて軟化し、自ら食塊を口にした瞬間であった。口周辺の探索の未経験と口腔内の過敏が著名。口唇口腔の動きを促すように、RST・OTRによる摂食・食事指導。RST・OTRの両者の明確な役割分担はなかったが、RSTは摂食指導に重きを置き、OTRは食具の使い方など食事指導に重きを置いた。それぞれが食事時間に介入できる場合に療育クラスに入って指導した。

4期：児が自らミルク卒業を家庭で宣言。園では衝立の中で他者からの視線がない状態では自らスプーンを使って摂食・食事が可能。

＜保育士の介入＞

年少から年中まで（1期～3期）は、療育クラスの中で落ち着いて食事以外のADLを獲得させることに重きを置いていたが、摂食・食事に関してはスキルの獲得が難しい時期であった。そのためRST・OTR介入時にできたことを日常の食事でも取り入れることが中心であった。年長児4期では、スプーンの前少量しか食べられず、また自らスプーン操作をしない児に対して、児の自尊心に働きかけるような「お姉さんだったらこれができるねえ」と児の自尊心をくすぐる対応。さらに、種々の介入や食事場面ではあえて児に注目しないフリをするなど演じた。例えば症例Aの食事摂取が進んできた際にはパーテーションを置き、保育士から完全に見えなくはないが、心理的遮蔽物ともいえる壁をつくることで症例が周囲を気にせず食べることが

できる環境に置いた。また同時期には担任保育士2人とも伊達眼鏡をかけて症例が感じる視線を弱めるよう試みた。

保育士の関わりは、子どもへ働きかけADLの自立を中心に発達を促すことが主目的であるが、その介入を全て拒否されたため、彼らは健康のため栄養の摂取か、行動変容を促すかの関わり二者選択の場にさらされることもあった。一時的ではあるが、行動変容を促すことへの関わりも、OTR・RSTとの協働に基づき、行われた。

＜卒園時評価＞

発語を要する場面以外では他者との交流は可能である。家庭外では「実際に声を出さずに口だけパクパクと動かす」動きで意思表示をする。OTではボールスター、輪投げ、三輪車、玉通しなど年齢相応にはいかないが、基本的な遊びが可能な状態になった。ADLもまま可能。

遠城寺式・乳幼児分析的発達検査：移動2歳3か月、手の運動3歳8か月、基本的習慣2歳9か月、対人関係1歳9か月、発語0歳0か月、言語理解4歳4か月

新版K式：P-A2 歳9か月(51) C-A 2歳7か月(48) L-S2 歳9か月(52) 全体2歳9か月(51)

LDTR：Ⅲ -2

＜考察＞

選択性緘黙は、DSM5およびカプラン臨床精神医学テキストによる定義はすでに前述している。詳細には、前述したように、大井ら、および荒木によって選択性緘黙の分類が発表されている。大井分類では、Type I（社会化欲求型）、Type II（社会化意欲薄弱型）、Type III（社会化拒否型）に分けられ、荒木分類では第I群（積極的依存型）、第II群（消極的依存型）、第III群（分裂気質型）に分けられている。大井分類のType I（社会化欲求型）の定義では、家族以外にコミュニケーションを自ら求めるもので対人的態度としては、家庭内では常におしゃべりで、家庭内外での対人的態度に非常に差がある。さらに拡大家族が多く、家族成員間の会話はほぼ正常であるが、父方祖母が実験を持ち、家族は強い防衛的態度でまとまりをもつとされている。荒木分類の第I群（積極的依存型）では、甘えと攻撃性を十分に発揮でき、積極的に依存してゆくことが可能であり、わがままな態度が出現しうる一群とされている。今回の症例Aは、概ね大井分類のType I（社会化欲求型）と荒木分類の第I群（積極的依存型）の範疇に入っているととらえた。ただコミュニケーションのタイプとして入園直後は、荒木分類のType II（社会化意欲薄弱型）家族以外にコミュニケーションを自ら求めようとする意欲に乏しい側面が大きかった。さらに荒木分類の第II群（消極的依存型）甘えや攻撃性があっても少

なく内向的性格傾向が特徴という側面が大きかった。

かんもくネットに示されている緘黙の改善段階によると（図1）、ステージ0では、コミュニケーションの欠如（緘動：たったまま、無表情、硬直状態）、ステージ1a 非言語的応答（指さしする、うなづく、書く、手話を使うなど）、ステージ1b 非言語的働きかけ（指さしによって誰かの注意をひく、手をあげるなど）、ステージ2a 言語的応答（どんな声でもよい、ぶつぶつ声、うめき声、ささやき声など）、ステージ2b 言語的働きかけ（声を出すことで誰かの注意をひく）とある。私たちはここに示された段階づけによって、介入のストラテジーを立てていった。1期の症例の様子はまさにステージ0の状態であった。療育クラスの室内では部屋の片隅に立ち尽くし、食事はミルク以外拒否しOT場面では母親の陰で立ち尽くし活動拡大を試みようものなら泣き続けている。入園当初の言葉として療育室では3語程度と2語文が可能であったが、療育室以外では全く発語なしの状態が当初からあった。

当該療育施設では、ADLの自立を全ての園児の第一療育目標にしている。症例Aに対しても例外ではない。そのため、毎日のルーティンの中で、全てのADL項目に関して、スモールステップの積み重ねによる実践を生活目標にしている。そしてそのなかで、症例Aの不安感をなくし、確実にできるADL項目が増えていくことが確認出来た際には、症例Aの自尊心を刺激した対応を取る。クラス全員への働きかけとして「年中さんだからこれができて当然よね」などの声かけ。Aはクラスで安心できた状況の中、声を出してから「アッ」といって口を手でふさぐ（あたかも声を出してしまったことが失敗であるかのような対応）ことが3年目から頻繁に見られた。保育士はそれを特段に注意を向けず、声を出してもいいんだよ、という雰囲気をつくるよう努めた。

OT介入にあたっては、選択性緘黙児への対応の第一原則「喋らそうとしない」を守りつつ、できる活動を増やすことを目標に置いた。ただ一般的な子どもへの誘導では、症例Aはなかなか、OTサイドのペースにはのりにくく、母親との分離の中でOTRが安心できる存在だとAが認識できてから、3年目でようやくOTサイドの意図した活動展開ができるようになった。3年目のOTでは、「あなたは当然これはやれるよね」と、Aができることわかってるよという暗黙の対応をとった。3年目では自らの発語こそないものの「実際に声を出さずに口だけパクパクと動かす」動きで意思を伝えるそぶりが頻繁に出てきた。

ステージ0ーコミュニケーションの欠如

ステージ1ー非言語的コミュニケーション（働きかけと応答の両方可能）

ステージ1aー非言語的応答のみ ステージ1bー非言語的働きかけのみ

ステージ2ー言語的コミュニケーション（働きかけと応答の両方可能）

ステージ2aー言語的応答のみ ステージ2bー言語的働きかけのみ

図1 緘黙のステージ（かんもくネットより）

食事介入では、ミルクしか摂取してこなかったため、手の操作性に麻痺、硬縮がないにもかかわらず療育施設入園前までスプーン把持をした経験がない。食べる気持ちがないためもあり、スプーン把持させても落とすなど、初期のスプーン操作である把持ができていなかった。口腔周囲の感覚過敏も目立ったため、Aが受け入れやすいスプーンの素材、形状、深さなどを試行錯誤していった。3年目になり自ら「ミルク止める」宣言を家庭で母親に向かってしてから、食事摂取に前向きになっていた。ただ実際には視線を感じると手の動きが止まることもあり、療育室では担任保育士のさまざまな試行錯誤過程があった。Aの心的状況は図2に示す通りであったであろう。

入園当初より、OTR・RST・保育士が、相互の連絡を密にし、お互いが把握している状況を常に情報交換しながらそれぞれの介入を進めていった。摂食・食事指導はRST・OTRを中心に頻繁に実施した。OTRでは活動の幅を広げながら楽しめる遊びを増やすという観点で介入した。それぞれの介入では児に安心感が生まれ、関係性が持てた後は、3年目にOTR、RSTの個別介入では、「みてみぬふり対応」「ツンデレ対応（私はあなたができること知ってるよ、いちいち誘うわけではないけど、環境整えてるから一緒に遊ぼうという態度を大げさなほどに示す）」が効果的であった。そしてこれらはOTRだけでなく、RST・保育士との協業でAのできることを増やすことができた。

以上の点をまとめると、

1. ADLに関しては、断固として自立へむけてのスモールステップの積み重ねの実践
 2. 対象児の自尊心を刺激した対応を取る
 3. ある程度の自信がついてからは、「あなたはこれやれるでしょ」と、あえて突き放した対応をとる
 4. 喋らそうと試みない
 5. 視線を浴びせない
- これら5項目がAへの関わりのキーポイントだと振り返ることができた。

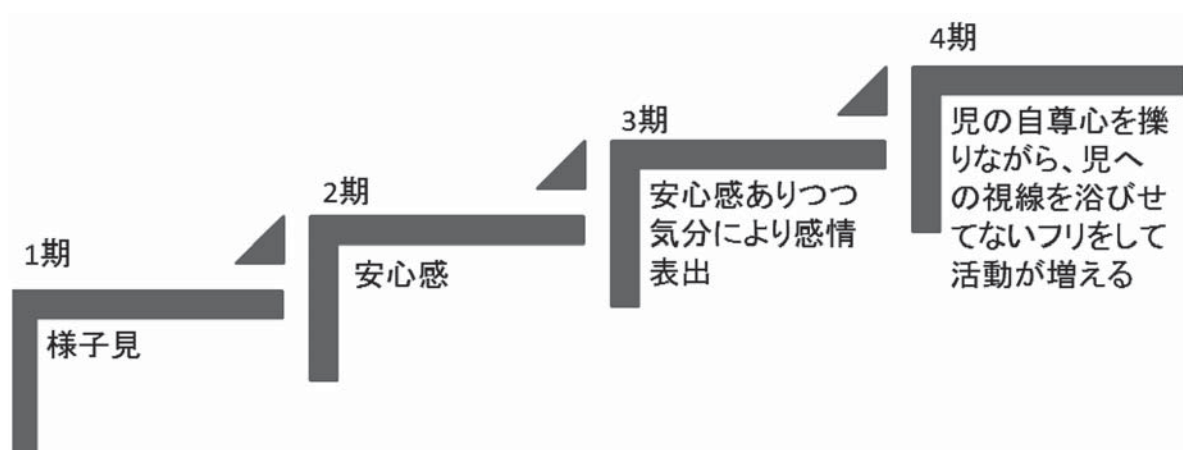


図2 症例AへのOTR, RSTの関わりおよび活動状況

最終的に児の食事形態は確立し、他者との関係性もいまだ不十分ではあるが、生まれるようになっていった。

当初母親は、「家庭内では喋るし、知的に全く問題がない」と断言し、「療育施設で喋るようになればいいだけ」とスタッフに伝えていた。しかし言葉以外の ADL 項目での自立できていない項目の多い A に対して、言語を介さなくても ADL 項目のできることを積み重ねていく、言語を介さなくてもできる活動を増やしていくという方針で、施設内スタッフの共有ができてきた。過去に示された緘黙児への研究では前述したとおり、ほとんどが心理療法の側面からのアプローチであった。さらにかんもくネットでも OT・ST が緘黙児に効果があるとは示されていなかった。私たちの介入も試行錯誤であった。だが一定の成果をあげ、まだ十分とは言えないが、段階ではステージ 2b 言語的働きかけに行くか行かないかの状態で 3 年間の療育とセラピーは終了した。私たちの介入もまた選択性緘黙児の改善に寄与した症例であった。

＜本研究の限界＞

本研究は、OT・ST が選択性緘黙児の介入において有効であると示した単一症例報告である。今回は、協業がうまくいき 3 年間で効果がみられた。だが、OT・ST が選択性緘黙児の介入において有効であると示すにはさらに、症例の積み重ねが必要である。

- 1) カプラン 臨床精神医学テキスト 第 2 版 p1355-1357 2006 ベンジャミン J サドック, パージニア A サドック メディカルサイエンスインターナショナル
- 2) 大村豊：緘黙—選択性緘黙，社交不安症，自閉スペクトラム症，うつ病，統合失調症— 精神科治療学 32, 57-60, 2017
- 3) 石塚佳奈子，本城秀次：選択性緘黙，臨床精神医学 45, 216-219 2016
- 4) 根来秀樹，大西貴子：場面緘黙（選択性かん黙），臨床精神医学 40, 371-373, 2011
- 5) 山村淳一，杉山登志郎：場面緘黙，チャイルドヘルス 13, 43-44, 2010
- 6) 藤沢敏幸：場面緘黙，小児科臨床 54, 279-285, 2001
- 7) 久田信行，金原洋治，梶正義，他 2 名：場面緘黙の多様性—その臨床と教育—，不安症研究 8, 31-45, 2016
- 8) 角田圭子：場面緘黙のアセスメントについて，日本保健医療行動学会年報 27, 68-73, 2012
- 9) 渡部泰弘，榊田理恵：自閉症スペクトラムの観点から検討した選択性緘黙の 4 例，児童青年精神医学とその近接領域 50, 491-503, 2009
- 10) 大井正巳，鈴木国男，玉木英雄，他 5 名：児童期の選択性緘黙についての一考察，精神神経学雑誌 81, 365-389, 1979
- 11) 荒木富士夫：小児期に発症する緘黙症の分類，児童精神医学とその近接領域 20, 1-17, 1979
- 12) 笠原麻里：言葉に関する問題 場面緘黙・吃音，こころの科学 130, 56-61, 2006
- 13) 金原洋治：選択性緘黙例の検討—発症要因と併存障害を中心に—，日小医会報 38, 169-171, 2009
- 14) 金原洋治，鮎川淳子，坂本佳代子，他 2 名：選択性緘黙 23 例の検討—発症要因を中心に—，外来小児科 12, 83-86, 2009

- 15) 東條恵：発達障害児に見られた選択的場面緘黙の4例—生活、保育環境はいかにあるべきか？—, 小児科臨床 52, 1859-1863, 1999
- 16) 原仁：選択性緘黙—療育センターでの臨床経験から—, 乳幼児医学・心理学研究 24, 115-124, 2015
- 17) 秋谷進, 田畑泰之, 小林康介：4歳から15歳まで選択性緘黙として経過観察されていた広汎性発達障害児, 小児科 52, 121-123, 2011
- 18) 西方宏昭, 野崎剛弘, 玉川恵一, 他4名：選択性緘黙を合併した神経性食欲不振症の患者に対する非言語的交流技法を用いた治療的介入, 心身医学 43, 700-706, 2003
- 19) 松村茂治：場面緘黙児の発話行動の般化を促進するための学校場面におけるフェーディング法の適用, 行動療法研究 18, 47-69, 1992
- 20) 安部利一：現実的脱感作療法と維持的接近法の併用による場面緘黙児の治療事例, 行動療法研究 13, 79-90, 1987
- 21) 園山繁樹：行動療法における Interbehavioral Psychology パラダイムの有効性—刺激フェイディング法を用いた選択性緘黙の克服事例を通して—, 行動療法研究 18, 61-70, 1992
- 22) 小島拓也, 関戸秀紀：選択性緘黙の児童に対するコミュニケーションカードを用いたあいさつ等の指導, 特殊教育学研究 51, 359-368, 2013
- 23) 枝並静香：選択性緘黙を呈した学童の「意味ある作業」に焦点を当てた作業療法介入, 竹田総合病院医学雑誌 40, 1-8, 2014
- 24) 山本敦子, 四本かやの, 嶽北佳輝, 他2名：成人の場面緘黙症に対する作業療法の有効性, WFOT 国際学会, 2015
- 25) 緘黙のステージ <http://kanmoku.org/handouts.html>

(やまだ たかこ 作業療法学科)

(ひらいわ あけみ 安城市サルビア学園)

(ばんの たまみ 安城市サルビア学園・安城市やまびこルーム)

2017年10月2日受理

